

# El plan de mejoras de centro como pieza clave para garantizar la mejora continua: propuesta para su desarrollo práctico<sup>1</sup>

---

Sílvia Argudo (Facultat de Biblioteconomia i Documentació, Universitat de Barcelona)

[silvia.argudo@ub.edu](mailto:silvia.argudo@ub.edu)

Maite Comalat (Facultat de Biblioteconomia i Documentació, Universitat de Barcelona)

[comalat@ub.edu](mailto:comalat@ub.edu)

Eva Ferraz (APQUB Agència de Polítiques i Qualitat de la Universitat de Barcelona)

[evaferraz@ub.edu](mailto:evaferraz@ub.edu)

## Resumen

El Real Decreto 420/2015 de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios establece la posibilidad de acreditación institucional mediante la certificación de la implantación de un Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad orientado a la mejora continua. Esta posibilidad de certificación ya fue promovida, hace una década en el Sistema Universitario Español a través del programa AUDIT, basado en los ESG (Estándares y Directrices Europeas para el Aseguramiento de la Calidad en la Enseñanza Superior).

En este escenario de certificación de los sistemas de gestión de calidad, el proceso de mejora continua de las enseñanzas adquiere la máxima relevancia y el plan de mejoras se convierte, en un instrumento básico del proceso de mejora continua, facilitando la articulación estratégica de las acciones con perspectiva global de centro. Para ayudar a los centros a concretar y ejecutar sus planes de mejora, la Agencia de Políticas y Calidad de la Universidad de Barcelona desarrolló unas fichas-plantilla. La Facultad de Biblioteconomía y Documentación realizó una adaptación de la herramienta, que se está utilizando actualmente. Además de resultar útil, el instrumento constituye en sí mismo la evidencia documentada del desarrollo del plan de mejora, respondiendo así a la obligación de conservación documental establecida para la certificación del sistema.

A partir del análisis del instrumento y su uso, se propone un modelo de desarrollo del plan de mejoras como pieza clave para la mejora continua en los sistemas de aseguramiento de calidad.

---

<sup>1</sup> Texto de soporte a la comunicación presentada al XV Foro Internacional sobre Evaluación de la Calidad de la Investigación y la Educación Superior (FECIES) que tuvo lugar en Santander el 10-12 de Mayo de 2018. Este Foro publica, únicamente el [libro de resúmenes](#) de las comunicaciones presentadas. En este documento de difusión reproduce la presentación e incluye el texto necesario para facilitar su lectura y comprensión.

## 1. Marco introductorio



*Ilustración 1 Marco del proceso de acreditación*

El Real Decreto 420/2015, de 29 de Mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios establece la posibilidad de acreditación institucional con vigencia de cinco años renovable, mediante la certificación de la implantación de un Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad orientado a la mejora continua, como uno de los requisitos.

Esta posibilidad de evaluación y certificación del sistema interno de garantía de calidad en los centros ya fue promovida hace una década en el Sistema Universitario Español a través del programa AUDIT, basado en los ESG (Estándares y Directrices Europeas para el Aseguramiento de la Calidad en la Enseñanza Superior).

Si bien muchos centros universitarios se acogieron al programa y obtuvieron dicha certificación, el programa era previo al desarrollo de todo el ciclo VSA y no se relacionaba de forma práctica con la gestión de títulos oficiales en el marco VSA/VSMA. Por ello, ha sido en los últimos tres años, a partir del decreto 420/2015, cuando las agencias evaluadoras han desarrollado sus propios programas, guías y protocolos para certificar los sistemas de garantía de calidad de los centros<sup>2</sup>, con el objetivo de cumplir el requisito establecido por el decreto para obtener la acreditación institucional. La obtención de la acreditación institucional implica, entre otras cosas, la acreditación de todos los títulos oficiales que imparte el centro por el mismo período de 5 años renovables.

La acreditación de titulaciones se ha venido realizando de forma individual en el marco VSA o VSMA, cada cuatro años en el caso de los másteres y cada seis en los grados, a partir de su verificación. El conjunto de los diferentes procesos incluidos en este marco se basa, también, en el concepto de mejora continua y el proceso de acreditación, en concreto, permite materializar el concepto haciéndolo visible en forma de plan de mejoras. De esta forma, el proceso de

<sup>2</sup> Un ejemplo sería el programa IMPLANTA en Andalucía, del cual puede encontrarse toda la información en <http://deva.aac.es/?id=implanta>.

acreditación puede entenderse como la evaluación final de síntesis en un proceso de evaluación continuada, representada por el seguimiento.

## 2. El proceso de acreditación



Ilustración 2 Proceso de acreditación

Durante el proceso de acreditación se elabora el autoinforme de evaluación, a partir del seguimiento realizado de forma continuada por las diferentes titulaciones del centro y teniendo en cuenta el punto de partida o de referencia (verificación). Este autoinforme se elabora con visión global de centro, más allá de la visión de cada una de las titulaciones e incluye, como parte esencial resultante de la auto-evaluación llevada a cabo, el plan de mejoras de centro. En este plan de mejoras se combinan propuestas de mejora para todas las titulaciones del centro y propuestas de mejora de titulaciones concretas o de un conjunto de ellas.

A partir del análisis de esta documentación, y después del proceso establecido, la agencia evaluadora elabora y publica sus informes de acreditación, uno para cada titulación. En este informe puede haber mejoras a realizar obligatorias que condicionen la obtención de la acreditación y/o mejoras recomendadas/sugerencias.

Como resultado de todo el proceso, el centro reelabora su plan de mejoras inicial, teniendo en cuenta las propuestas obligatorias y sugeridas por los evaluadores, integrando las primeras, valorando la integración de las segundas en el conjunto de sus propias propuestas, así como reformulando algunas de ellas. Esto da como resultado lo que llamamos PM2 o plan de mejoras v.2.

Pasados dos años de la emisión de los informes de acreditación, el centro debe realizar un Informe de Seguimiento de Centro (en adelante ISC), con valoraciones de los diferentes estándares con perspectiva de centro y/o perspectiva de titulación.

El objetivo de dicho informe es rendir cuentas sobre el plan de mejoras elaborado, proporcionando indicadores y evidencias de su desarrollo y cumplimiento, así como la valoración de la incidencia de las mejoras realizadas en las diferentes titulaciones. En base al

análisis, se propondrá un nuevo plan de mejoras que, a su vez, se evaluará dos años después en un nuevo ISC (que constituirá el autoinforme de evaluación del proceso de acreditación cuando corresponda) y así sucesivamente, entrando de lleno en el círculo de la mejora continua.

El ISC, además, lo utilizan los evaluadores externos para comprobar que se han realizado las mejoras obligatorias que impedían obtener la acreditación de alguna titulación, concediéndola así de forma automática, si ese es el caso.

El plan de mejoras se convierte así, en un instrumento básico de materialización del proceso de mejora continua, facilitando la articulación estratégica de las acciones con perspectiva global de centro.

En el caso de la Facultat de Biblioteconomia i Documentació de la Universitat de Barcelona el proceso de acreditación tuvo lugar durante los meses de setiembre de 2015 y abril de 2016. En este período se elaboró el autoinforme y se recibió la visita del Comité de Acreditación Externo (CAE) con las reuniones pertinentes de los grupos de interés. Tal y como establece el proceso, a continuación el CAE elaboró el informe que, tras las alegaciones del centro, sirvió de base para el informe final de acreditación de las titulaciones. Los informes son accesibles en la página web del SAIQU del centro (<http://www.ub.edu/biblio/saiqu/vsma/acreditacio>).

### 3. El Plan de mejoras de la Facultat de Biblioteconomia i Documentació de la UB

**El plan de mejoras de centro como pieza clave para garantizar la mejora continua**

**PM2**

**23 propuestas de mejora formuladas a nivel general**

Número	Auto-informe	Acció	Ensenya-ment	Responsables
PM2-1	PM17	Incrementar el nombre de doctors.	Tots	Deganaat Departament BDICAV
		Incrementar el percentatge de professorat a temps complet.	Graus	
PM2-2	PM20	Finalitzar les accions per millorar l'equipament i les instal·lacions de gravació i emissió, i avaluar-les periòdicament per comprovar si resulten suficients per al nombre d'estudiants matriculats.	Grau CAV	Deganaat Cap d'estudis CAV
PM2-3	PM6	Mantenir la taxa d'abandonament en observació i avaluar freqüentment les accions estratègiques i operacionals que s'han planificat per disminuir-la.	Grau ID	Deganaat Cap d'estudis ID
PM2-4	PM1 PM4 PM22	Planificar les modificacions del grau de CAV segons PEQ 020: procés, calendari, accions i responsables.	Grau CAV	Deganaat Responsable SAIQU Cap d'estudis CAV
PM2-5	PM1 PM4 PM22	Introduir les modificacions del grau d'ID segons PEQ 020: procés, calendari, accions i responsables.	Grau ID	Deganaat Responsable SAIQU Cap d'estudis ID
PM2-6	PM3 PM5	Planificar la reverificació del màster GCD segons PEQ 020: procés, calendari, accions i responsables.	Màster GCD	Deganaat Responsable SAIQU

Silvia Argudo, Maite Comalat, Eva Ferraz

*Ilustración 3 Muestra del Plan de mejoras de la Facultat de Biblioteconomia i Documentació de la UB*

Tras recibir el informe de acreditación, el centro elaboró el PM2 en el que se recogen las propuestas de mejora reformuladas en base al autoinforme y a las propuestas del informe de acreditación. El PM2 recoge 23 propuestas numeradas y con información adicional que hace referencia a la elaboración del documento y en el que se explicita:

- El número de la propuesta en el autoinforme que se recoge, fusiona o reformula;
- La descripción general de la propuesta;
- La titulación o las titulaciones afectadas por la propuesta;
- Los responsables institucionales (como cargos y no como personas individuales).

Este tipo de formulaciones generales son las propias de este tipo de documento y así fue presentado y aprobado en los órganos de gobierno del centro, pero la dificultad reside en traspasar las mejoras formuladas en este documento a un instrumento que permita y facilite su implantación lo que es, al mismo tiempo, un requisito imprescindible para llevarlas a cabo realmente, de forma eficaz y eficiente.

#### 4. Materialización y gestión del Plan de mejoras

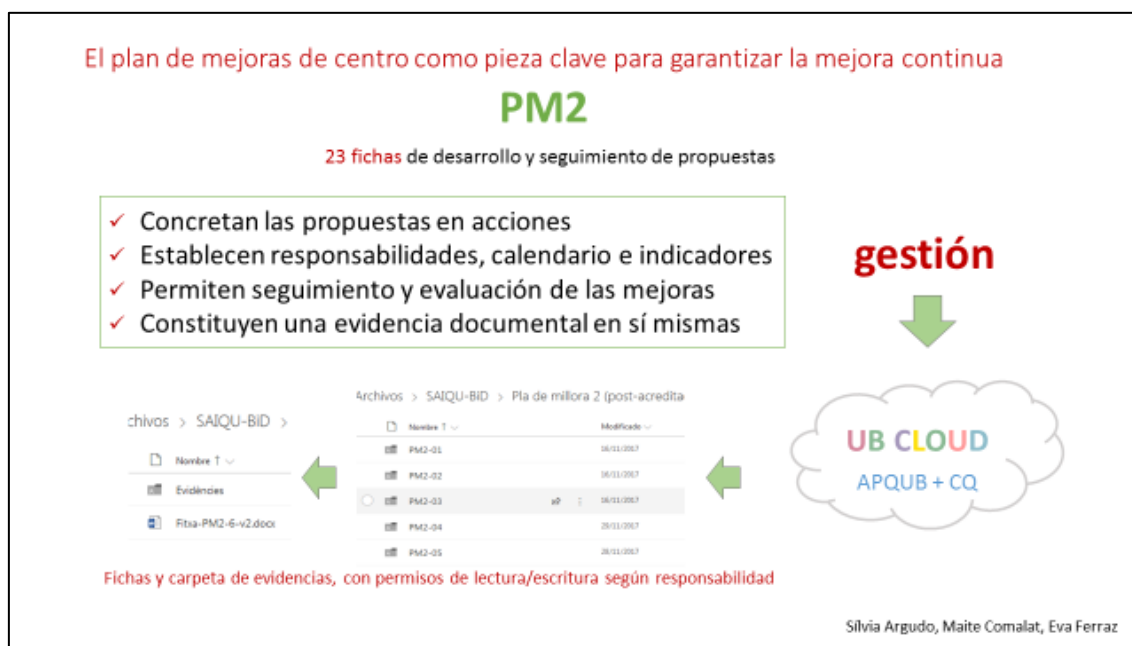


Ilustración 4 Organización y distribución de las tareas

Con el objetivo de facilitar la tarea a todos los centros de la universidad, la Agencia de Políticas y Calidad de la Universidad de Barcelona elaboró dos fichas-plantilla: una para dar información de contexto a cada una de las propuestas y concretarlas en acciones, y otra para realizar el seguimiento de cada propuesta.

De estas fichas, la Facultad de Biblioteconomía y Documentación realizó una adaptación, fusionando las dos herramientas en una única ficha, que incluye la concreción y toda la información de contexto más toda la información de seguimiento. Una vez probado el modelo con un par de propuestas de mejora y modificados algunos detalles, se procedió a desarrollar las 23 propuestas, cada una con su ficha correspondiente.

Las fichas, como puede observarse en las ilustraciones 5 y 6, ofrecen información de contexto, concretan las diferentes acciones necesarias para materializar la propuesta de mejora, establecen plazos, responsables e indicadores o evidencias documentales.

Además, como veremos a continuación con más detalle, permiten el seguimiento y valoración de cada una de las acciones por parte de un miembro de la Comisión de calidad del centro, mediante la obtención de indicadores/evidencias, así como la valoración final. En algún caso, en función de la propuesta, la valoración de la incidencia de la propuesta por parte de responsables de órganos de gobierno del centro es la última de las acciones establecidas ya que, aunque pueden haberse llevado a cabo todas las acciones establecidas, es posible que no hayan tenido el impacto o resultado esperado en forma de mejora.

Además de resultar útil, el conjunto de fichas constituye en sí mismo la evidencia documentada del desarrollo del plan de mejora, respondiendo así a la obligación de conservación documental establecida para la certificación del sistema. Esta evidencia se podrá utilizar fácilmente para rendir cuentas en el siguiente ISC.

Para gestionar el conjunto de fichas se utiliza un espacio compartido en la nube que proporciona la propia universidad. Cada propuesta tiene una carpeta y en cada carpeta esta la ficha con una carpeta para las evidencias documentales. Todos los miembros de la Comisión de calidad y la técnica de soporte de la Agencia de Políticas y Calidad de la UB pueden ver todas las fichas, pero únicamente los responsables de seguimiento de una acción concreta pueden acceder con permisos de escritura a la carpeta que contiene la ficha de su responsabilidad. De este modo el responsable puede ir cumplimentando la ficha a medida que realiza el seguimiento.

## 5. Las fichas de desarrollo del Plan de mejoras

**El plan de mejoras de centro como pieza clave para garantizar la mejora continua**

**PM2-6**

Facultat de Biblioteconomia i Documentació  
Comissió de Qualitat

**Parte 1.**  
**Ejecución**

Concrecions i seguiment del Pla de Millora PM2, resultat del procés d'acreditació

Codi	PM2-6	Àrea	Matèria: GCD	Origen de la proposta
PEQ	020	Prioritat	Alta / Mitjana / Baixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoinforme (àrea PM2, PM3, PM22)</li> <li>Informe visita CAE</li> <li>Informe final d'acreditació AQ3</li> </ul>
Responsable i càrrec	Modificació de memòria?		SI / NO	Data prevista de finalització: Octubre 2017
Matèria: <u>Qualitat</u>	Títol i descripció		Planificar la <u>qualitat</u> del màster GCD segons PEQ 020: accions, accions i responsables	
Accions a desplegar		Responsable* i altres implicats		
PM2-6a: Revisar PEQ 020 i concretar accions, responsabilitats i calendaris dels procediments de <u>qualitat</u> , i quadrar amb l'entorn VDMA de la UB i d'AQ3		Silvia Argudo (responsable del SAGQ) Maite Comalat (co-responsable)		
PM2-6b: Fermar control de treballar a l'elaboració de la nova memòria i crear un espai de treball a la intranet del centre		Maite Comalat (responsable) Silvia Argudo (co-responsable del SAGQ)		
PM2-6c: Concretar i planificar els treballs de treball de la Unitat i del pla d'estudi necessari per tal de reflectir els canvis de perfil d'ingrés destacats, la coherència entre les competències assignades i els instruments d'avaluació existents i l'actualització necessària de continguts		Maite Comalat (responsable) Miquel Tàrrades (co-responsable) Dolors de <u>qualitat</u>		
PM2-6d: Revisió de la nova memòria definitiva, aprovació en junta i implementació a l'intranet del RUC		Maite Comalat (responsable) Silvia Argudo (responsable del SAGQ) Comissió de <u>qualitat</u> Maite Comalat (Cap de la DGS)		
		Finalització		
		Indicadors de seguiment		
		• Calendari d'accions • Acta de Junta de centre informada de la comissió designada • Convocatòria de projecte realitzat • Captura d'espai de treball creat • Actes de realització de la Unitat • Documentació/informació realitzada • Memòria definitiva introduïda a l'aplicació • Acta de Junta de centre amb aprovació de la nova memòria		

accions

responsables

plazos

Indicadores/evidencias

Silvia Argudo, Maite Comalat, Eva Ferraz

Ilustración 5 Fichas de desarrollo y seguimiento de las acciones de mejora (1ª parte)

La ficha tiene una primera sección con información de contexto que incluye: la titulación o titulaciones afectadas; el PEQ (procedimiento específico de calidad del Sistema de calidad del centro con el que se relaciona); la prioridad (en tres niveles: Alta/Media/Baja); el origen de la propuesta de mejora (Autoinforme, Informe de la visita del CAE y/o Informe final de acreditación de la agencia de evaluación); la persona y cargo responsable; el plazo previsto de finalización y si requiere modificación de memoria de verificación.

Una segunda sección incluye información práctica para la ejecución. Esto es, la descripción de las acciones necesarias para llevar a cabo la propuesta de mejora, ordenadas y con plazo concreto establecido para su finalización. Se establece una persona responsable, indicada con un asterisco, y otros implicados necesarios con quien el responsable debe trabajar. Finalmente, la lista de indicadores o evidencias documentales que permitirán verificar la realización de la acción.

A partir de una propuesta inicial de cada una de las fichas, se llevaron a cabo reuniones con los responsables implicados en la gestión de determinados temas. De esta forma se acabaron de

El plan de mejoras de centro como pieza clave para garantizar la mejora continua

## PM2-6

Parte 2.  
Seguimiento

			Nº actuacions de	0% / 25% / 50% / 75% / 100%
			Nº actuacions de	0% / 25% / 50% / 75% / 100%
Data de seguiment:	30-09-2017	Responsable de seguiment:	Silvia Argudo (Comissió de Qualitat)	Observacions: Denúncia del començament de la UFR que s'origina a través i <a href="#">qualitat</a> amb origen.
Data de seguiment:	30-09-2017	Responsable de seguiment:	Silvia Argudo (Comissió de Qualitat)	Observacions: Falta finalitzar algunes parts de la memòria i modificar algunes dades després de la revisió de gestió acadèmica i <a href="#">afiliació</a> .
Data de seguiment:	30-10-2017	Responsable de seguiment:	responsable CQ	Observacions: S'ha complert amb tots els terminis i es disposa de totes les evidències, excepte de l'acta de reunió de Junta amb l'aprovació de la memòria 2017-2018 que no està disponible fins a la presentació de l'òrgan.
Estat de la proposta finalitzat el termini (exclusió de 2017)		Pendent d'efectuar:	Metges	
		En curs:	Descripció de les actuacions realitzades	
		Finalitzada:	Resultats i valoració de l'eficàcia de l'actuació	
		valoració final	<p>S'ha finalitzat el termini (actes) que presentava la memòria de <a href="#">qualitat</a>, i s'aprovada en Junta. S'ha avaluat la resposta d'ACQ Catalunya. La denúncia del començament de la UFR s'origina a través i <a href="#">qualitat</a> amb origen. S'ha avaluat la resposta d'ACQ Catalunya. La denúncia del començament de la UFR s'origina a través i <a href="#">qualitat</a> amb origen. S'ha avaluat la resposta d'ACQ Catalunya. La denúncia del començament de la UFR s'origina a través i <a href="#">qualitat</a> amb origen.</p>	
		Desestimada:	Metges	

seguimiento

La ficha tiene una tercera sección en la que se establecen las fechas de seguimiento que coinciden con las fechas de finalización de cada una de las acciones. Para cada propuesta se asigna un responsable de seguimiento de todas las acciones, que es miembro de la Comisión de calidad del centro. En la fecha de seguimiento el responsable tiene que solicitar al responsable de ejecución las evidencias o indicadores establecidos y puntuar el grado de ejecución en base a su disponibilidad. Además, se pueden añadir observaciones que, en caso necesario, pueden estar referidas al cumplimiento de acciones anteriores que no estaban finalizadas en su momento.

Por supuesto, el desarrollo del modelo se complementó con la correspondiente difusión, instrucciones e información para los responsables e implicados en la ejecución y los responsables de seguimiento, antes de puesta en marcha.



## 6. Valoración final

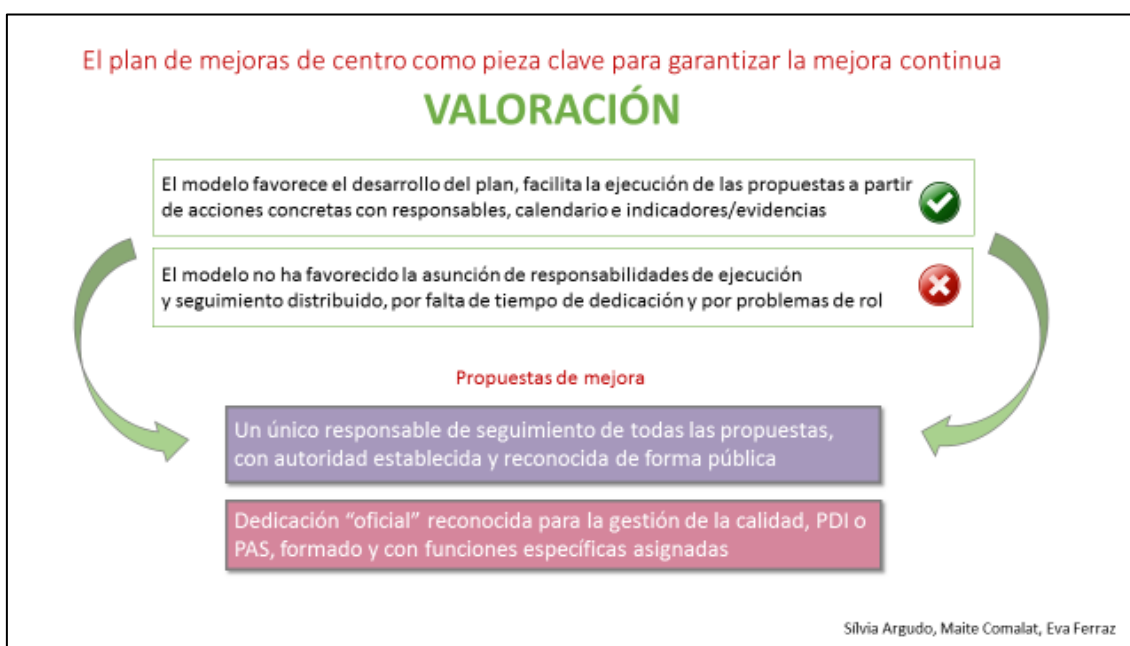


Ilustración 7 Valoración y propuestas de mejora del proceso

Tras un período de implantación del proceso hemos podido detectar algunos aspectos relevantes. Por una parte, el sistema de trabajo pone en evidencia los siguientes puntos fuertes:

1. Creemos que el modelo desarrollado facilita realmente la ejecución del conjunto de propuestas del plan de mejora y contribuye a aplicar estrategias de centro, con visión global que favorece la eficiencia y al mismo tiempo con trabajo práctico distribuido que aumenta la eficacia.
2. La concreción ordenada de las acciones hace que parezca más asequible y sea más fácil ver “por dónde empezar”. El establecimiento de indicadores o evidencias documentales ayuda a verificar que las acciones se han realizado y contribuye a la cultura de la calidad en el centro, creando el hábito sistemático de evidenciar actuaciones.
3. El hecho de trabajar con responsables, pero también con otros implicados favorece el trabajo en equipo y la visión conjunta, coordinada y complementaria de las tareas y acciones que se realizan. Además, el hecho de que haya personas con responsabilidades en diferentes acciones ayuda a establecer relaciones y a actuar de forma coherente con perspectiva global, optimizando recursos y esfuerzos.

Pero también algunos puntos débiles o problemas que han condicionado el cumplimiento del calendario previamente establecido para el desarrollo del plan:

1. Falta de tiempo para dedicar a la gestión: si bien esto se aplica, sobre todo a responsables e implicados en ejecución de acciones, se puede extender también a responsables de seguimiento, más teniendo en cuenta que parte de las personas asumen los dos roles.
2. Falta de hábito de pedir los “deberes” a los compañeros (especialmente cuando uno mismo no ha hecho los suyos). En algunos casos, el miembro de la comisión de calidad encargado del seguimiento es un estudiante, un profesor de a pie o un exalumno que, además de poco



tiempo, tiene ciertos reparos a la hora de preguntar a un jefe de estudios, a un director de departamento, a la jefa de la Secretaría, o un miembro del equipo de decanato, si ha hecho el trabajo encomendado y si le puede facilitar las evidencias de verificación.

Todo ello nos permite formular algunas propuestas de mejora con el objetivo de intentar subsanar estos puntos débiles. Centramos nuestra atención en dos propuestas de mejora que nos parecen esenciales y que afectan al reconocimiento, tanto por parte del centro como de la institución, a estos procesos. Creemos imprescindible que:

1. Se establezca un único responsable de seguimiento. Una única persona dedicada con designación pública y autoridad reconocida públicamente en el centro. Esto quizá aumentaría la eficacia al concentrar el mismo tipo de tarea en una sola persona, pero lo más importante es que contribuiría a resolver los problemas de “rol” y a vencer los reparos a la hora de pedir cuentas. Esta persona debería estar en contacto constante con responsables de ejecución de todas las propuestas desde antes del vencimiento de plazos de seguimiento.
2. Se reconozca una dedicación “oficial” a la gestión de la calidad para el profesorado que se está dedicando a ello, o bien PAS, formado y con funciones claras asignadas en el ámbito de la gestión de la gestión de la calidad en los centros. Si la gestión de la calidad es tan importante como todos entendemos, esta importancia debe verse reflejada en la asignación de recursos específicamente dedicados, con formación y con reconocimiento en funciones, horas, etc.

Santander, 11 de Mayo de 2018